

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE
CURSO DE FISIOTERAPIA

MONIQUE DE SOUZA PUTTINI CALZÁ

ADEQUAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS E METAS FISIOTERAPÊUTICAS NA PRÁTICA CLÍNICA

BRASÍLIA
2019

MONIQUE DE SOUZA PUTTINI CALZÁ

ADEQUAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS E METAS FISIOTERAPÊUTICAS NA PRÁTICA CLÍNICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de
Ceilândia como requisito parcial para obtenção do
título de bacharel em Fisioterapia.

Orientador: **Prof. Dr. Emerson Fachin Martins**
Coorientadora: **Profa. Dra. Kênea M. Almeida Ayupe**

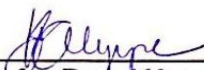
BRASÍLIA
2019

MONIQUE DE SOUZA PUTTINI CALZÁ

ADEQUAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS E METAS FISIOTERAPÊUTICAS NA PRÁTICA CLÍNICA

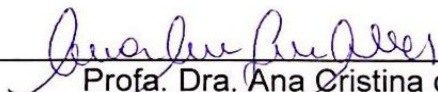
Brasília, 09/07/2019

COMISSÃO EXAMINADORA

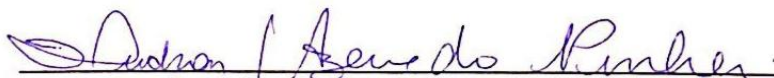


Profa. Dra. Kênea Martins Almeida Ayupe
Faculdade de Ceilândia-Universidade de Brasília-UnB
Co-orientador

Profa. Dra. Ana Cristina Resende Camargos
Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG
Suplente



Profa. Dra. Ana Cristina de Jesus Alves
Faculdade de Ceilândia-Universidade de Brasília-UnB
Examinador Permanente



Prof. Dr. Hudson Azevedo Pinheiro
Centro Universitário EuroAmericano de Brasília-DF
Examinador Permanente

AGRADECIMENTOS

Essas palavras não são suficientes para descreverem a gratidão que sinto nesse momento. Acima de tudo, agradeço a Deus por mais essa grande conquista e a Virgem Maria que me auxiliam a cada momento, me proporcionam sabedoria e força para lidar com as adversidades no caminho. Agradeço aos meus pais, Cláudio e Cláudia por me darem suporte nos momentos que precisei, por acreditarem em mim e por todo amor proporcionado e aos seus companheiros, por todo apoio. Agradeço as minhas irmãs Ada Cecília e Priscila, por me ajudar, pela cumplicidade, cuidado e amor. Ao meu namorado Cleidiomar Junior, pelo seu companheirismo, amizade e compreensão, como também o apoio de sua família. A toda minha família, avós, tios e Camila, que torcem por mim sempre.

Agradeço a toda oportunidade disponível na Universidade de Brasília, aos meus Docentes, pessoas as quais me inspiraram a dar o meu melhor, principalmente aos envolvidos nesse processo final do curso, Prof. Dr. Emerson Fachin Martins, a mestrande, Andressa da Silva Palmeira e principalmente a Profa. Dra. Kênea Martins Almeida Ayupe pela paciência e toda a ajuda que me proporcionaram durante esse trabalho.

Sou muito grata também a todos os meus amigos Tiago, Carlos, João Victor, Alexis, Guilherme, Pedro, Larissa, à família Candeia e outros, que me ajudaram de diversas formas, por suas orações, me encorajarem e todo cuidado. Aos amigos que conquistei nesse período, Poliany, Juliana, Thayla, Rafaella, Tainara e outros, por cada lembrança, momentos e suporte durante as dificuldades e especialmente a Nathália, que esteve comigo e me ajudou a sustentar e vencer mais essa etapa.

Enfim, por todas as orações, apoio e carinho, muito obrigada!

Epígrafe

“Estudo e trabalho: deveres ineludíveis para todo o cristão; meios para nos defendermos dos inimigos da Igreja e para atrairmos - com o nosso prestígio profissional - tantas outras almas que, sendo boas, lutam isoladamente. São armas fundamentalíssimas para quem queira ser apóstolo no meio do mundo.”

Sulco 483, São Josemaría Escrivá

RESUMO

Resumo: O objetivo deste estudo foi verificar a qualidade do diagnóstico e metas fisioterapêuticas, descritos em prontuários de intervenção fisioterapêutica, com base na Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde (CIF), método SMART e nas recomendações da American *Physical Therapy Association* (APTA). Métodos: foi realizada avaliação de 26 prontuários de um centro de intervenção fisioterapêutica por dois examinadores. Dos prontuários foram extraídas as seguintes variáveis: componente de funcionalidade (CIF) da queixa principal (QP) e das metas; qualidade da descrição do diagnóstico fisioterapêutico (APTA); qualidade das metas conforme os atributos do método SMART. Os resultados foram apresentados por meio de estatística descritiva. Resultados: foram incluídos 24 prontuários, com um total de 22 QP, 23 diagnósticos e 125 metas. O componente de funcionalidade mais prevalente nas QP (86%) e nas metas (64%) foi a função do corpo. Nenhum diagnóstico fisioterapêutico correspondeu a todos os critérios estabelecidos pela APTA. Das 125 metas descritas, 109 foram consideradas inadequadas por não apresentarem os critérios SMART. Conclusão: esses achados demonstram a necessidade dos fisioterapeutas buscarem fundamentação teórica e métodos padronizados e válidos no planejamento terapêutico, para que as intervenções sejam selecionadas sejam eficazes e adequadas ao estado de saúde de cada indivíduo que busca recursos fisioterapêuticos.

Palavras-chave: Fisioterapia, Metas, Diagnóstico, CIF.

ABSTRACT

The objective of this study was to verify the quality of diagnosis and physiotherapeutic goals, described in physical therapy intervention charts, based on the International Classification of Functioning and Health (ICF), SMART method and the recommendations of the American Physical Therapy Association (APTA). Methods: A total of 26 records of a physiotherapeutic intervention center were evaluated by two examiners. The following variables were extracted from the medical records: Functional component (ICF) of the main complaint (MC) and goals; quality of physical therapy diagnosis (APTA); the attributes of the SMART method. The results were presented through descriptive statistics. Results: 24 records were included, with a total of 22 MC, 23 diagnoses and 125 goals. The most prevalent functional component in MC (86%) and goals (64%) was body function. No physiotherapeutic diagnosis corresponded to all the criteria established by the APTA. Of the 125 goals described, 109 were considered inadequate because they did not present the SMART criteria. Conclusion: these findings demonstrate the need for physiotherapists to seek theoretical foundations and standardized and valid methods in the therapeutic planning, so that the interventions selected are effective and adequate to the health status of each individual seeking physiotherapeutic resources.

Keywords:Physical Therapy, Goals,Diagnosis, ICF

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Caracterização dos fatores pessoais dos 24 indivíduos cujos prontuários foram avaliados	18
Tabela 2. Adequação dos diagnósticos fisioterapêuticos e atributos identificados segundo a APTA	19
Tabela 3. Adequação das metas e dos atributos identificados no método SMART	20
Figura 1. Exemplos de metas identificadas e não identificadas segundo o método SMART	21

LISTA DE ABREVIATURAS

1. APTA - *American Physical Therapy Association*
2. CETEFE - Centro de Treinamento de Educação Física Especial
3. CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde
4. COFFITO - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
5. GAS - *Goal Attainment Scaling*
6. n – Número
7. N – Não
8. n.a. – Não Avaliado
9. NNI - Número Necessário para Influenciar
10. OMS - Organização Mundial de Saúde
11. PSC - *Patient-Specific Complaints*
12. QP - Queixa Principal
13. r - Risco Atribuível
14. S – Sim
15. SMART – *Specific, Measurable, Achievable, Realistic/Relevant e Timed*
16. UnB - Universidade de Brasília

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. METODO	12
2.1. Delineamento do estudo	12
2.2. Cenário da pesquisa	13
2.3. População-alvo e amostragem.....	13
2.4. Procedimentos da análise de prontuários e geração de dados e conteúdos	14
2.5. Análise de conteúdo e dos dados gerados.....	16
3. RESULTADOS	17
4. DISCUSSÃO	22
5. CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS	28
ANEXOS	32
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética.....	32
ANEXO B – Normas da Revista Científica	36

1. INTRODUÇÃO

O método SMART, acrônimo das palavras em língua inglesa *Specific, Measurable, Achievable, Relevant e Timed* (Específico, Mensurável, Alcançável, Relevante e Temporalmente Definido), representa uma abordagem desenvolvida para direcionar a definição de metas ou objetivos (1). O método SMART oferece uma estrutura com cinco características bem definidas sobre como uma meta deve ser descrita. Foi inicialmente aplicado na área da gestão de serviços empresariais e, posteriormente, em serviços de saúde (2).

Em junho de 2019, a busca por referências bibliográficas com o descritor *rehabilitation goals* recuperou quase 400 artigos científicos com o descritor no título e resumo, sendo o primeiro artigo publicado no ano de 1973 (3), indicando que a preocupação dos cientistas em investigar e descrever métodos e resultados em reabilitação não é algo atual. Ainda que a essencialidade em se definir metas esteja descrita desde a década de 70 no processo de reabilitação e que a abordagem SMART tenha sido introduzida desde 2009 (4), os estudos brasileiros não revelam apropriação do método como um modelo na definição de metas terapêuticas e poucos estudos em geral, são demonstrados na prática clínica (5).

A definição de metas em fisioterapia é parte de um processo de planejamento terapêutico, o qual deve ser pautado no modelo biopsicossocial disponibilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), representado pela Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde (6). A CIF classifica, codifica e qualifica os determinantes, de forma a ampliar a visão do terapeuta para um olhar além do corpo, unificando e padronizando a descrição de informação em saúde, que permitiu uma linguagem mais universal e comparável entre profissionais de saúde (7)(8). De acordo com a *American Physical Therapy Association* (APTA), associação internacional de referência quanto ao exercício da fisioterapia, tanto a

padronização da linguagem quanto a racionalização de intervenções fisioterapêuticas devem ser norteadas pela CIF em todo o processo de avaliação, diagnóstico, definição de metas e intervenções direcionadas ao cuidado e reabilitação de indivíduos com as mais diversas condições de saúde (9)(10) e apta em abordagens que se assemelham muito ao que é preconizado no método SMART (4). A CIF e o método SMART preconizam um modelo de cuidado centrado no indivíduo em seu contexto, com definição de metas realísticas e direcionadas aos interesses individuais (5).

Partindo da premissa de que tanto o método SMART quanto o modelo biopsicossocial já são difundidos a tempo suficiente para estarem mais presentes na prática dos fisioterapeutas brasileiros, o presente estudo teve por objetivo verificar a qualidade do conteúdo de diagnóstico e metas fisioterapêuticas, descritos em prontuários de registro da intervenção fisioterapêutica, com base na CIF, APTA e método SMART. Assim, busca reconhecer os atributos destacados no método SMART, como referência para análise da qualidade da descrição de metas fisioterapêuticas.

2. MÉTODO

2.1. Delineamento do estudo

Delineamos um estudo observacional transversal, descritivo com abordagens exploratória e analítica, em fonte secundária de análise das informações qualitativas e quantitativas, obtidas em prontuários. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, parecer número 2.686.889 (anexo A).

2.2. Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada, em um dos campos de Estágio Obrigatório do Curso de Fisioterapia da Universidade de Brasília (UnB) que ocorre na Associação de Centro de Treinamento de Educação Física Especial (CETEFÉ). O estágio conta com acadêmicos do oitavo, nono e décimo semestres do fluxo de integralização curricular para formação, com a supervisão de uma fisioterapeuta e a orientação de um docente do curso. O CETEFÉ possui natureza jurídica de associação sem fins lucrativos, que disponibiliza assistência gratuita, contínua e planejada para pessoas com diferentes incapacidades e seu núcleo familiar, associados com programas sociais (11).

2.3. População-alvo e amostragem

A amostra de prontuários foi definida por conveniência, incluindo todos os prontuários de indivíduos atendidos no serviço de fisioterapia ofertado pelo CETEFÉ durante o primeiro semestre de 2018. Os prontuários corresponderam a atendimentos de fisioterapia para reabilitação de indivíduos com diferentes condições de saúde, conveniados ao serviço, bem como para reabilitação e habilitação ao esporte praticado por pessoas com deficiência (público-alvo do serviço).

Os prontuários foram preenchidos pelos acadêmicos em estágio obrigatório no Curso de Fisioterapia da Faculdade de Ceilândia – UnB. Tais estudantes tiveram conhecimento prévio da CIF ao longo da graduação e tiveram o conhecimento do método SMART logo no início das atividades de estágio. Os prontuários repetidos e incompletos constituíram critérios de exclusão da amostra de prontuários analisados no estudo.

2.4. Procedimentos da análise de prontuários e geração de dados e conteúdos

Todos os prontuários foram analisados por dois examinadores de forma independente. Ambos foram treinados quanto ao reconhecimento dos atributos SMART para definição de metas no planejamento de intervenção fisioterapêutica por um profissional experiente no método SMART. Estudo piloto serviu para discussão e adequação do método, bem como para padronizar a sistemática da coleta e geração de dados a partir dos prontuários. Uma vez analisados independentemente por cada examinador, os prontuários foram reanalisados por ambos, para discutir as divergências encontradas e buscar o estabelecimento de consenso. No caso de divergências sem consenso foi solicitada análise do terceiro examinador (profissional experiente).

Um total de 28 prontuários foram incluídos no estudo e analisados pelos dois examinadores. Foram extraídas variáveis de caracterização dos fatores pessoais dos indivíduos cujos prontuários foram avaliados. As variáveis relacionadas ao conteúdo registrado nos prontuários foram: componente de funcionalidade da queixa principal e das metas (CIF); qualidade da descrição do diagnóstico fisioterapêutico segundo a APTA; qualidade das metas (SMART).

A análise dos prontuários iniciou pela verificação do componente de funcionalidade e domínio correspondente da CIF, abordado na queixa principal, registrada no início do prontuário. Posteriormente, foi verificada a qualidade da descrição do diagnóstico fisioterapêutico, seguindo o referencial teórico da APTA. A APTA define que o diagnóstico fisioterapêutico é o resultado de um raciocínio clínico que leva à identificação das principais deficiências, limitações e restrições, além dos fatores contextuais que influenciam os mesmos (10). Em cada diagnóstico foi identificada a presença desses quatro componentes de forma quantitativa, sendo

considerado um diagnóstico adequado aquele que contivesse todos os elementos descritos pela APTA.

Para verificação da qualidade das metas, foi utilizado um referencial teórico do método SMART para a fisioterapia (5). Para identificar uma meta como específica (“S”), a mesma deveria corresponder a algum componente de funcionalidade da CIF; apresentar um verbo que indicasse a mudança esperada, como, aumentar ou diminuir, se fosse o caso; especificar a estrutura ou função a ser modificada ou a habilidade a ser alcançada. Para ser identificada como mensurável (“M”), a meta deveria apresentar uma característica passível de ser mensurada, além de sua mensuração ter sido registrada no prontuário. Para ser identificada como alcançável (“A”), a meta deveria estar coerente com o estado de saúde atual relatado, com o prognóstico da condição de saúde e com as barreiras e facilitadores dos fatores contextuais.

De acordo com o modelo biopsicossocial, as metas estabelecidas nos componentes de atividade e participação são consideradas mais relevantes que as metas centradas nos componentes de estruturas e funções do corpo, que remetem ao modelo biomédico (4). Neste estudo foram consideradas relevantes (“R”): metas que correspondiam à queixa principal (QP); metas nos componentes de atividade e participação; metas que tinham relação com a QP, mesmo estando no componente de função, como as metas relacionadas à função de dor. A letra “T” do método SMART significa que a meta precisa ter um tempo determinado para ser alcançado, ou seja, ela é temporalmente definida. Nos prontuários desse estudo todas as metas possuíam um tempo específico de oito semanas para serem alcançadas, conforme o protocolo do setor, portanto, este item não foi avaliado.

2.5. Análise dos dados gerados

Para a análise qualitativa do conteúdo textual foram produzidos textos transcritos e fotografados. Os conteúdos transcritos ou fotografados foram somente empregados para ilustrar e exemplificar as conclusões obtidas da análise qualitativa dos dados gerados. Eles foram principalmente relevantes na etapa de reconhecimento das metas e dos atributos do método SMART.

Os dados quantitativos extraídos dos prontuários foram processados por estatística descritiva e analítica. Dos fatores pessoais que caracterizaram os indivíduos somente a variável idade constituiu variável numérica a ser analisada no conjunto de variáveis (sexo, escolaridade, ocupação e condição de saúde), sendo assim transformada em variável categórica e processada da mesma forma que as demais, por distribuição de frequência absoluta e relativa do total de prontuários amostrados. O componente de funcionalidade da QP foi analisado por estatística descritiva e foram identificados o domínio e, quando possível, a categoria da CIF a qual a queixa correspondia.

A identificação dos atributos do diagnóstico, segundo a APTA, se deu no total de prontuários amostrados, enquanto que a identificação de atributos SMART das metas se deu pelo total de metas. A variável principal, denominada adequação, foi distribuída para identificação dos atributos do diagnóstico e das metas em três classes de reconhecimento: (1) adequado, quando continha todos os atributos necessários; (2) parcialmente adequado, quando continha pelo menos um dos atributos necessários; (3) inadequado, quando não havia descrição da variável. Além da análise de adequação, foi realizada análise quantitativa da identificação de cada um dos atribuídos necessários, tanto no diagnóstico quanto nas metas, apresentados por distribuição de frequência absoluta e relativa. Foram identificados

os componentes de funcionalidade das metas, domínio e, quando possível, a categoria, que foram analisados por estatística descritiva.

3. RESULTADOS

Do total de 26 prontuários, 24 foram incluídos, sendo um prontuário excluído por não estar completamente preenchido e outro por ser um prontuário duplicado. Dos 24 prontuários, um deles não apresentou diagnóstico e outro não apresentava a definição das metas, tendo sido avaliadas as variáveis disponíveis em cada um deles. A caracterização dos 24 indivíduos, extraída dos prontuários, encontra-se na Tabela 1. A população é majoritariamente formada por adultos do sexo masculino, trabalhadores assalariados, nível de escolaridade de nível superior ou incompleto e apresentando condições de saúde nos sistemas osteomioarticulares.

Tabela 1. Caracterização dos fatores pessoais dos 24 indivíduos cujos prontuários foram avaliados.

Fatores Pessoais		Prontuários Amostrados	
Variáveis	Classes	N	(%)
Condição de saúde			
	Doenças osteomioarticulares	15	63%
	Mal formações congênitas	1	4%
	Miopatia	1	4%
	Lesão medular	3	13%
	Amputação	2	8%
	Nanismo	1	4%
	Perda da visão	1	4%
Idade			
	< 20 anos	0	0%
	20 a 60 anos	20	83%
	> 60 anos	4	17%
Sexo			
	masculino	16	67%
	feminino	8	33%
Escolaridade			
	superior	15	62%
	superior incompleto	5	21%
	médio	1	4%
	médio incompleto	3	13%
	não informado	0	0%
Ocupação			
	assalariada	18	75%
	doméstica	1	4%
	estudante	1	4%
	aposentado	1	4%
	não informado	3	13%
Prática de esporte			
	sim	10	42%

Com exceção da idade (Média=44,7), todas as variáveis relacionadas a fatores pessoais são qualitativas, motivo pelo qual a idade foi expressa na tabela por distribuição de frequência de classes. Abreviaturas e símbolos: n – distribuição absoluta da amostra, % – distribuição relativa do total de prontuários amostrados (n = 24).

Em quatro prontuários não foi identificada a QP e nos 20 restantes foram identificadas 22 QP descritas, havendo dois prontuários com mais de uma queixa. De acordo com a CIF, 19 QP (86%) estavam no componente de função do corpo, sendo: 16 (72%) delas no domínio de *Funções sensoriais e dor* (Capítulo 2), categoria *Sensação de dor* (b280); 1 (5%) no domínio *Funções dos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico e respiratório* (Capítulo 4), categoria *Funções de tolerância ao exercício* (b455); 1 (5%) no domínio *Funções dos sistemas*

digestivo, metabólico e endócrino, categoria *Funções de equilíbrio hídrico, mineral e eletrolítico* (b545); 1 (5%) no domínio *Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento*, categoria *Funções relacionadas à mobilidade das articulações* (b710). No componente atividade e participação foram identificadas apenas três (13%) metas, sendo todas no domínio *Vida comunitária, social e cívica* (Capítulo 9), categoria *Recreação e lazer* (d920), possivelmente, porque 42% dos indivíduos são esportistas.

Foram avaliados os 23 diagnósticos fisioterapêuticos identificados nos prontuários com base na definição da APTA. Todos (100%) continham pelo menos um dos quatro atributos esperados, que foi a deficiência em função corporal; três diagnósticos (13%) continham dois atributos, um de deficiência e um de limitação ou restrição, entretanto esses diagnósticos não correspondiam aos prontuários que apresentavam QP no componente de atividade e participação. Nenhum diagnóstico fisioterapêutico foi considerado adequado e nenhum apresentou análise acerca dos fatores contextuais (Tabela 2).

Tabela 2. Adequação dos diagnósticos fisioterapêuticos e atributos identificados segundo a APTA.

Adequação	N	(%)
Adequado	0	0%
Parcialmente adequado	23	96%
Inadequado	1	4%

Atributo conforme APTA e CIF		
Deficiência	23	100%
Limitação / restrição	3	13%
Fatores ambientais	0	0%
Fatores pessoais	0	0%

Legenda: APTA, *American Physical Therapy Association*; CIF, *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*; N, número de prontuários; %, proporções de adequação calculadas a partir do total de prontuários (n = 24) ou do total de diagnósticos (n=23).

Dos 24 prontuários, identificamos um total de 125 metas descritas, média de 5,4 (desvio padrão $\pm 1,8$) metas por prontuário, sendo que um deles não apresentou nenhuma meta. Das 125 metas, em 101 (81%) foi possível identificar um componente de funcionalidade da CIF, sendo 80 (64%) no componente função do corpo, 24 (14%) no componente atividade e participação e 4 (3%) no componente estrutura. Segundo o método SMART, das 125 metas, 109 (87%) foram consideradas inadequadas e 16 (13%) adequadas. A tabela 3 apresenta a identificação de cada atributo SMART para o conjunto de metas e a porcentagem de adequação das mesmas. A categoria *sensação de dor* foi considerada relevante todas as vezes que apareceu em uma meta, mesmo que a meta não tenha sido considerada específica. A figura 1 ilustra algumas metas encontradas nos prontuários, sendo definidas como adequadas e não adequadas. Foram seleccionadas metas que contém exemplos de cada atributo do método SMART, tanto para as metas adequadas quanto inadequadas.

Tabela 3. Adequação das metas e dos atributos identificados no método SMART

Desfecho de Reconhecimento	Proporção de Atributos Identificados e não identificados							
	METAS			S	M	A	R	T
Adequadas	n	16	Identificado	42	32	32	52	n.a.
	%	13%		34%	26%	26%	42%	n.a.
Inadequadas	n	109	Não identificado	83	93	93	73	n.a.
	%	87%		66%	74%	74%	58%	n.a.

A distribuição de frequência foi apresentada em valores absolutos (n) e relativos (%) do total de metas (n = 125) com pelo menos um atributo identificado da SMART: específico (S); mensurável (M); alcançável (A); relevante (R); tempo determinado (T), não avaliado (n.a.). Adequadas: a meta apresentava todos os atributos identificados, sendo considerada SMART. Inadequadas: a meta apresentava atributos, identificados, como também não identificados, não sendo consideradas como SMART.

METAS	ATRIBUTO	IDENTIFICAÇÃO	JUSTIFICATIVA
	<u>S</u>	N	Não corresponde a um componente da CIF
	<u>M</u>	N	Não há variável para ser mensurável
	<u>A</u>	N	Não há variável para ser alcançada
	<u>R</u>	N	Não é específica e nem relacionada à queixa
	<u>S</u>	N	Não corresponde a um componente da CIF
	<u>M</u>	N	Não há variável para ser mensurável
	<u>A</u>	N	Não há variável para ser alcançada
	<u>R</u>	N	Não é específica e nem relacionada à queixa
	<u>S</u>	N	Não corresponde a um componente da CIF
	<u>M</u>	N	Não há variável para ser mensurável
	<u>A</u>	N	Não há variável para ser alcançada
	<u>R</u>	N	Não é específica e nem relacionada à queixa
	<u>S</u>	S	Corresponde à categoria d5100 da CIF, domínio de autocuidado, componente de atividade e participação
	<u>M</u>	S	Foi avaliada durante a entrevista (desempenho relatado pelo paciente)
	<u>A</u>	S	É específica e possível de ser alcançada de acordo com o estado de saúde
	<u>R</u>	S	Relacionada à queixa e está no componente de atividade e participação

Figura 4 Exemplos de metas identificadas e não identificadas pela análise dos atributos em S – sim e N – não do método SMART: S – específico; M – mensurável; A – alcançável; R – relevante (o atributo “T” foi desconsiderado) e suas respectivas justificativas. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

4. DISCUSSÃO

O presente estudo buscou analisar a qualidade do conteúdo de diagnóstico fisioterapêutico e metas para intervenção, embasado nos modelos teóricos da CIF e SMART e nas recomendações da APTA. Foi identificado que a grande maioria dos prontuários apresentara diagnósticos fisioterapêuticos e metas que não estão de acordo com as recomendações dos modelos teóricos utilizados e que o componente de funcionalidade central dos registros dos prontuários é a função do corpo, que remete ao modelo biomédico e não ao modelo biopsicossocial, como esperado.

Os resultados encontrados em todas as variáveis investigadas refletem uma tendência geral de que o foco de atenção fisioterapêutica está centrado nas funções corporais. A fisioterapia atua em diferentes áreas do cuidado à saúde, mas a mais comum é o atendimento fisioterapêutico direcionado à habilitação e reabilitação e esse processo se inicia com a avaliação fisioterapêutica de uma pessoa com incapacidades, que apresenta queixas e expectativas individuais, onde a QP é chave que direciona todo o processo, passando por um diagnóstico preciso até a escolha da intervenção adequada, necessitando ser investigada com cuidado (12)(13). Neste estudo a maioria dos prontuários registrou apenas uma QP, principalmente a sensação de dor, e não registrou expectativas com o tratamento.

Estudos têm identificado que os fatores relacionados à dor estão muito além de alterações centradas nas estruturas e funções corporais, mas também em fatores pessoais e ambientais (14)(15)(16). A dor está relacionada a limitações de atividades e é uma das maiores causas de afastamentos de atividades laborativas, que se enquadram nas participações sociais (17)(18). Entretanto, os registros dos prontuários não apresentam informações acerca de todos os fatores relacionados à queixa de dor, não havendo identificação das possíveis limitações e restrições, que

deveriam ter sido melhor investigadas na anamnese e na avaliação das incapacidades.

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) estabelece como atribuição do fisioterapeuta elaborar o diagnóstico fisioterapêutico e a utilização da CIF em todos os seus processos de trabalho (6)(19). O modelo da CIF facilita o raciocínio clínico, que é realizado pela análise de todas as incapacidades identificadas na avaliação e pela interpretação de como os fatores contextuais interferem na funcionalidade (6). Neste modelo, todos os componentes de funcionalidade devem estar presentes (10), entretanto, este estudo identificou que os diagnósticos continuam centrados nas funções corporais e não abordam os outros componentes.

A investigação incompleta da QP provavelmente influenciou todo o processo de avaliação e o diagnóstico fisioterapêutico, que estava igualmente incompleto e centrado nas deficiências. Outra justificativa é a própria ficha de avaliação fisioterapêutica utilizada no centro onde os prontuários foram analisados. A ficha foi padronizada para todos os pacientes e apresenta, prioritariamente, setores direcionados à avaliação das funções neuromusculoesqueléticas e funções da dor, sem valorização da avaliação dos demais componentes. Embora os alunos tivessem a liberdade de utilizarem outros instrumentos de avaliação, nenhum prontuário apresentou informação adicional. Não encontramos na literatura outro estudo que tenha investigado a qualidade da descrição do diagnóstico fisioterapêutico segundo a orientação da APTA (10).

Seguindo o mesmo modelo biomédico da avaliação e diagnósticos descritos, as metas encontradas nesse estudo também foram centradas no componente de função do corpo e não atenderam a uma padronização adequada na sua descrição.

O estudo de Nijhuis e colaboradores (2008) investigou a coerência das

necessidades de crianças com paralisia cerebral e suas queixas principais com as metas propostas no programa de reabilitação. O estudo identificou uma relação pobre entre as demandas das crianças e as metas descritas, concluindo que isso poderia ser parcialmente explicado pela má descrição das metas(20). Outro estudo, conduzido na Finlândia, investigou, com base na CIF, a relação das principais necessidades e limitações de 70 crianças com as metas terapêuticas descritas nos prontuários do programa de reabilitação (21). A partir da análise de 393 registros de metas, foi verificado que as metas não estavam definidas de acordo com as necessidades de cada criança. Os componentes que mais apareceram foram os de estrutura e função do corpo, com poucas metas direcionadas ao componente de atividade e participação, consideradas o mais relevantes para essa população, além de estar relacionado às queixas descritas (21).

Os resultados dos estudos descritos acima corroboram com os resultados encontrados no presente estudo. A má descrição das metas dificulta a coerência das mesmas com o processo de avaliação, assim como a investigação superficial dada à queixa principal pode levar a descrição de metas que não correspondem às necessidades reais dos indivíduos.

Os estudos citados acima verificaram a qualidade e coerência das metas, mas não utilizaram o método SMART como modelo teórico para descrição das mesmas. O método SMART, em associação à CIF, configura-se como um modelo eficaz na descrição de metas (22). No estudo recente de Bexelius e colaboradores (2018), que buscou avaliar a qualidade de metas estabelecidas na prática clínica, segundo o método SMART (5). No estudo foram avaliadas 161 metas de 42 crianças por dois examinadores independentes, que identificaram que todas as metas foram descritas em conjunto com a família, estavam direcionadas ao componente de atividade e participação da CIF e correspondiam aos atributos do método SMART. O

estudo demonstrou que a intervenção conduzida a partir dessas metas foi eficaz e que as crianças alcançaram as metas que foram estipuladas (5).

A definição de metas é um elemento essencial para o planejamento fisioterapêutico, porque conduz à escolha de intervenções direcionadas aos objetivos individuais, descritos de forma clara, com participação e entendimento de todos os envolvidos no processo de reabilitação (21)(23). Outros métodos, que possibilitam assistência na definição de metas, também estão descritos na literatura. O *Patient Specific Complaints* (PSC) é um instrumento de quatro etapas que busca identificar os problemas principais em conjunto com os pacientes, além de pontuar e avaliar as metas estabelecidas. Nas metas o fisioterapeuta estabelece o que pretende alcançar com o tratamento que irá realizar. Sem a descrição adequada das metas é provável que a escolha da intervenção seja inadequada e é impossível verificar o efeito da intervenção (29).

Para verificação do efeito da intervenção, a literatura sugere em associação ao método SMART, a aplicação da escala de obtenção de metas, denominada *Goal Attainment Scaling* (GAS) (24). Nessa escala é preconizado que as metas sejam descritas em conjunto com o paciente e a família, que tenham todos os atributos SMART, sejam detalhadas em cinco níveis e ponderadas pelo grau de importância e dificuldade. Ao final do tratamento é possível verificar o efeito da intervenção por meio da verificação do alcance de cada uma das metas estabelecidas (25). Utilizar a CIF e o método SMART em todo o processo de avaliação, desde a investigação da queixa principal até a descrição das metas, aumenta as chances de êxito na intervenção escolhida para que as metas sejam alcançadas, o que pode ser verificado quantitativamente pela GAS (26)(27).

Uma hipótese para a baixa apropriação dos modelos teóricos investigados nesse estudo pelos fisioterapeutas poderia ser sustentada pelo caráter

essencialmente curativo e reabilitador da origem da profissão, que no Brasil, historicamente, teve suas ações pautadas no modelo biomédico da saúde como ausência de doença (28)(14). Nesse modelo histórico, as metas são definidas para intervenções focadas na estrutura e função do corpo, assim como as intervenções são direcionadas para as correções de deficiências, com expectativas de cura das mesmas.

No modelo biopsicossocial as deficiências deixam de ser protagonistas e as limitações na atividade e restrições na participação passam a direcionar a lógica da assistência, incluindo análises dos fatores contextuais que interferem, facilitando ou dificultando, os avanços no estado de saúde do indivíduo alvo da intervenção (6)(30). Este modelo tem sido corroborado pelas evidências de efeitos positivos das intervenções direcionadas às atividades e participação e aos fatores contextuais, e pela ausência de evidência de efeitos das intervenções focadas unicamente na correção de deficiências. Reabilitar implica, principalmente, restabelecer habilidades, que devem ser o foco da atenção do fisioterapeuta (31). O fisioterapeuta deve pautar seus processos de trabalho na CIF e em métodos válidos e confiáveis de avaliação e descrição de metas terapêuticas, conforme recomendado pelos órgãos competentes (6)(10)(19), além de realizar intervenções baseadas em evidências, para melhor reabilitar e habilitar indivíduos com incapacidades (14).

5. CONCLUSÃO

Este estudo identificou, por meio de avaliação de prontuários, que o processo de avaliação e planejamento fisioterapêutico não se encontra de acordo com a CIF, método SMART e recomendações da APTA, além de predominar o modelo biomédico sobre o modelo biopsicossocial. É necessário que os fisioterapeutas busquem fundamentação teórica e se apropriem de métodos válidos durante o

processo de avaliação e descrição de metas, com vistas a escolherem intervenções adequadas e alcançarem resultados positivos e relevantes com as mesmas.

REFERÊNCIAS

1. Doran GT. There's a S.M.A.R.T. way to write managements's goals and objectives. *Manag. Review*; 1981;70,35-36.
2. Bjerke MB, Renger R. Being smart about writing SMART objectives. *Eval Program Plann* [Internet]. Elsevier Ltd; 2017;61:125–7. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2016.12.009>
3. Broaddus SL. Rehabilitation goals for the elderly psychotic patient: a case history. *J. Geriatr. Psychiatry*. 1973; 6(2):243-50.
4. Bovend'Eerd TJ, Botell RE, Wade DT. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clin Rehabil* 2009;23:352-361.
5. Bexelius A, Carlberg EB, Löwing K. Quality of goal setting in pediatric rehabilitation-A SMART approach. *Child Care Health Dev* 2018;44:850-6.
6. Organização Mundial da Saúde (OMS): CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: Edusp, São Paulo, 2013.
7. Sverker A, Thyberg I, Valtersson E, et al. Time to update the ICF by including socioemotional qualities of participation? The development of a “patient ladder of participation” based on interview data of people with early rheumatoid arthritis (the Swedish TIRA study). *Disabil Rehabil* [Internet]. Taylor & Francis; 2018;0(0):1–8. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1518494>
8. Um Manual Prático Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) Genebra: OMS. Versão. Out. 2013.
9. American Physical Therapy Association. Policy statement: Description of


- physical therapy. [acesso em 2019 Abril 11]. Disponível em: <https://www.wcpt.org/policy/ps-descriptionPT>
10. American Physical Therapy Association. Guide to Physical Therapist Practice 3.0. Alexandria VA, USA: APTA, 2014 [acesso em 2019 Abril11]. Disponível em: <http://guidetoptpractice.apta.org/>.
 11. CETEFE. Quem Somos. [acesso em 2019 Abril05]. Disponível em: <http://www.cetefe.org/quem-somos/>
 12. Grüne S. Anamnese und körperliche Untersuchung. Dtsch Med Wochenschr 2016; 141: 24–27
 13. Spagnol F, Chaves V, Dias JD, et al. Frequency of Truth of The Main Complaint. Braz. J. Surg. Clin. Res. 2018;23:39–42.
 14. Bispo Jr JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. Ciên Saúde Colet.2010;15(1):1627-36.
 15. Ginnerup-Nielsen E, Christensen R, Thorborg K, et al. Physiotherapy for pain: A meta-epidemiological study of randomised trials. Br J Sports Med. 2016;50(16):965–71.
 16. Da Silva MA, dos Santos ML de M, Bonilha LA de S. Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: Resolutividade e barreiras. Interface Commun Heal Educ. 2014;18(48):75–86.
 17. Nascimento PRC, Costa LOP. Prevalência da dor lombarno Brasil: umarevisão sistemática. Cad Saude Publica.2015;31(6):1141-56.<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00046114>. PMID:26200363.
 18. Oliveira M, Parma T, Silva C, Oliveira L, et al. Overall confidence in the results of systematic reviews on exercise therapy for chronic low back pain : a cross-sectional analysis using the AMSTAR 2 tool. Brazilian J Phys Ther [Internet];

- 2019; Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.bjpt.2019.04.004>
19. COFFITO. RESOLUÇÃO No. 370/2009 – Dispõe sobre a adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde por Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais. 2009[acesso em 2019 jun 22]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3133>.
 20. Nijhuis BJG, Reinders-Messelink HA, Blecourt de ACE, et al. Goal setting in Dutch pediatric rehabilitation. Are the needs and principal problems of children with cerebral palsy integrated into their rehabilitation goals? Clin Rehabil 2008;22:348–63.
 21. Jeglinsky I, Brogren Carlberg E, Autti-Raamo I. How are actual needs recognized in the content and goals of written rehabilitation plans? Disabil Rehabil 2014;6:441–51.
 22. Haas B, Playford ED, Ahmad AQ, et al. Rehabilitation goals of people with spinal cord injuries can be classified against the International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set for spinal cord injuries. Spinal Cord [Internet]. Nature Publishing Group; 2016;54(4):324–8. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1038/sc.2015.155>
 23. Schoeb V, Staffoni L, Parry R, et al. “What do you expect from physiotherapy?” A detailed analysis of goal setting in physiotherapy. Disabil Rehabil. 2014;36(20):1679–86.
 24. Turner-Stokes L. Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide. Clin Rehabil 2009;23: 362–70.
 25. Angeli JM, Harpster KL, Hanson E, et al. Patient and caregiver identified preferences : Dimensions of change in developmental therapy treatment goals. Dev Neurorehabil [Internet]. Taylor & Francis; 2018;0(0):1–8. Recuperado de:

- <https://doi.org/10.1080/17518423.2018.1425754>
26. Krasny-pacini A, Hiebel J, Pauly F, et al. Goal Attainment Scaling in rehabilitation : A literature-based update. *Ann Phys Rehabil Med* [Internet]. Elsevier Masson SAS; 2013;56(3):212–30. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.02.002>
 27. Hung CS, Hsieh YW, Wu CY, et al. Hybrid Rehabilitation Therapies on Upper-Limb Function and Goal Attainment in Chronic Stroke. *OTJR Occup Particip Heal* [Internet]. 2019; Recuperado de:<https://doi.org/10.1177/1539449218825438>
 28. Stevens A, Köke A, Van Der Weijden T, et al. Ready for goal setting? Process evaluation of a patient-specific goal-setting method in physiotherapy. *BMC Health Serv Res*; 2017;17(1):1–10.
 29. Moser AD, Scharan k. O olhar biopsicossocial na Fisioterapia: ferramentas disponíveis para sua operacionalização. *Fisioter Mov, Curitiba*. 2018;v. 31:2001–2.
 30. Huber EO, Tobler A, Gloor-Juzi T, et al. The ICF as a way to specify goals and to ases the outcome of physiotherapeutic interventions in the acute hospital. *J Rehabil Med*. 2011;43(2):174–7.
 31. Medica EM, Stucki G, Pollock A, et al. How to use the International Classification of Functioning , Disability and Health as a reference system for comparative evaluation and standardised reporting of rehabilitation interventions reporti. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2019;55:384–94.

6. ANEXO

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNB - FACULDADE DE CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA		
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: Adaptação Transcultural do Goal Attainment Scaling (GAS) para a língua portuguesa brasileira: um método para dimensionar o cumprimento de metas em programas de reabilitação		
Pesquisador: ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA		
Área Temática:		
Versão: 3		
CAAE: 82972117.7.0000.8093		
Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 2.886.889		
Apresentação do Projeto:		
<p>Este trabalho trata-se de um estudo metodológico com a realização de uma adaptação transcultural do GAS na sua versão original em inglês para o português falado no Brasil, respeitando as fases de adaptação propostas por Beaton (2000). Como critério de seleção para a escolha do instrumento, primeiramente foi realizada uma revisão de literatura nacional explorando o tema "Escala de Obtenção de Metas" e na literatura internacional explorando o tema: "Goal Attainment Scaling", buscando constatar qual a influência do GAS na gestão do processo de reabilitação". A população-alvo dessa pesquisa será constituída de um lado por profissionais brasileiros envolvidos com a habilitação de pessoas com deficiência para o esporte e do outro por seus respectivos grupos de praticantes de esporte. O estudo acontecerá na Associação de Centro de Treinamento de Educação Física Especial (CETEFE). A tradução inicial será composta por duas versões diferentes para a comparação de discrepâncias por dois tradutores bilíngues cuja língua materna é o alvo da tradução, a segunda fase da adaptação será a síntese das traduções no qual os dois tradutores e um observador realizarão um compilado das duas traduções realizadas anteriormente que resultará em uma tradução comum. A retrotradução será a fase seguinte, também composta por duas versões distintas, este é um processo para certificar se a versão traduzida está refletindo o mesmo conteúdo da versão original. A próxima fase da adaptação é a consulta ao comitê avaliador que contará com profissionais de saúde, profissionais bilíngues e</p>		
Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/96 Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-900 UF: DF Município: BRASÍLIA Telefone: (61) 3107-8434 E-mail: cep.fce@gmail.com		

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRÁSILIA**



Continuação do Parecer 2.685.639

tradutores. O pré-teste será o estágio final do processo de adaptação transcultural com a aplicação do instrumento em uma amostra de 30 pessoas. O contato será estabelecido via correio eletrônico com os especialistas que não residem no local onde a pesquisa será realizada e pessoalmente quando possível. Inicialmente será enviada uma correspondência com um convite e breve contextualização da pesquisa para cada participante.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do presente estudo foi realizar a adaptação transcultural do Goal Attainment Scaling (GAS) para o português falado no Brasil, de modo que seja disponibilizado aos brasileiros um método para dimensionar o cumprimento de metas para a intervenção no processo de reabilitação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos decorrentes da participação do indivíduo na pesquisa são a interpretação errada das perguntas aplicadas, mas esse risco será minimizado por meio de uma explicação prévia sobre a pesquisa feita, no início da reunião. Além disso, pode haver risco de cansaço e de constrangimento o que serão minimizados com a orientação dos proponentes.

Os benefícios serão indiretos, uma vez que os participantes estarão contribuindo para a aplicação do GOAL ATTAINMENT SCALING (GAS) no Brasil para uma melhor abordagem em programas de reabilitação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um trabalho de TCC sob orientação do prof. Emerson Facchin e supervisão da mestrandia Andressa da Silva Palmeira com a inclusão de 31 participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram adequadamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo da pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pelo CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, Conj. A, Bloco VI, Sala A107/100
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-900
UF: DF Município: BRÁSILIA E-mail: cep_lob@gmail.com
Telefone: (51)3107-6434

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 2.686.889

digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas	PB - INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 1056750.pdf	25/04/2018 15:54:47		Aceito
Outros	Termo_copericipante_modificado.pdf	25/05/2018 15:51:20	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
Outros	termo_propONENTE_modificado.pdf	25/05/2018 15:50:56	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	25/05/2018 15:50:11	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
Outros	carta_resposta_mantida.pdf	25/05/2018 15:49:08	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
Parecer Anterior	parecer_anterior_27_03_2018.pdf	24/05/2018 19:59:41	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
Outros	Curriculo_paloma.pdf	24/05/2018 19:57:03	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
Outros	Curriculo_Andressa.pdf	24/05/2018 19:56:45	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
Outros	Curriculo_Emerson.pdf	24/05/2018 19:55:24	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma_corrigido.doc	24/05/2018 19:55:57	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
Orçamento	orcamento_corrigido.doc	24/05/2018 19:55:38	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
TGLE / Termo de Assentimento / Justificativa de Ausência	TGLE_modificado_corrigido.doc	23/05/2018 19:28:53	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_completo_modificado.doc	23/05/2018 19:26:29	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha_do_rosto_modificada.pdf	24/01/2018 19:28:13	ANDRESSA DA SILVA PALMEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, Conj. A, lote 01, Sala AT07/66
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-8434 E-mail: cep.fce@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer 2.686.889

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA, 01 de Junho de 2018

Assinado por:

Dayani Galato

(Coordenador)

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, Isle 01, Sala AT03/88
Bairro: CEILÂNDIA SUL (CEILÂNDIA) CEP: 72.220-900
UF: DF Município: BRASÍLIA E-mail: ocp.fce@gmail.com
Telefone: (61)3107-8434

Página 04 de 04

Anexo B - NORMAS DA REVISTA



Instructions for authors

Peer review

Taylor & Francis is committed to peer-review integrity and upholding the highest standards of review. For submissions to *Disability and Rehabilitation* authors are given the option to remain anonymous during the peer-review process. Authors will be able to indicate whether their paper is 'Anonymous' or 'Not Anonymous' during submission, and should pay particular attention to the below:

Authors who wish to remain anonymous should prepare a complete text with information identifying the author(s) removed. This should be uploaded as the "Main Document" and will be sent to the referees. A separate title page should be included providing the full affiliations of all authors. Any acknowledgements and the Declaration of Interest statement must be included but should be worded mindful that these sections will be made available to referees.

Authors who wish to be identified should include the name(s) and affiliation(s) of author(s) on the first page of the manuscript. The complete text should be uploaded as the "Main Document".

Once your paper has been assessed for suitability by the editor, it will be peer-reviewed by independent, anonymous expert referees. Find out more about what to expect during peer review and read our guidance on publishing ethics.

Preparing your paper

All authors submitting to medicine, biomedicine, health sciences, allied and public health journals should conform to the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, prepared by the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

We also refer authors to the community standards explicit in the American Psychological Association's (APA) Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct.

We encourage authors to be aware of standardised reporting guidelines below when preparing their manuscripts:

Case reports - CARE

Diagnostic accuracy - STARD

Observational studies - STROBE

Randomized controlled trial - CONSORT

Systematic reviews, meta-analyses - PRISMA

Whilst the use of such guidelines is supported, due to the multi-disciplinary nature of the Journal, it is not compulsory.

Structure

Your paper should be compiled in the following order: title page; abstract; keywords; main text, introduction, materials and methods, results, discussion; acknowledgments; declaration of interest statement; references; appendices (as appropriate); table(s) with caption(s); figures; figure captions (as a list).

In the main text, an introductory section should state the purpose of the paper and give a brief account of previous work. New techniques and modifications should be described concisely but in sufficient detail to permit their evaluation. Standard methods should simply be referenced. Experimental results should be presented in the most appropriate form, with sufficient explanation to assist their interpretation; their discussion should form a distinct section.

Tables and figures should be referred to in text as follows: figure 1, table 1, i.e. lower case. The place at which a table or figure is to be inserted in the printed text should be indicated clearly on a manuscript. Each table and/or figure must have a title that explains its purpose without reference to the text.

The title page should include the full names and affiliations of all authors involved in the preparation of the manuscript. The corresponding author should be clearly designated, with full contact information provided for this person.

Word count

Please include a word count for your paper. There is no word limit for papers submitted to this journal, but succinct and well-constructed papers are preferred.

Style guidelines

Please refer to these style guidelines when preparing your paper, rather than any published articles or a sample copy.

Please use any spelling consistently throughout your manuscript.

Please use double quotation marks, except where "a quotation is 'within' a quotation".

Please note that long quotations should be indented without quotation marks.

For tables and figures, the usual statistical conventions should be used.

Drugs should be referred to by generic names. Trade names of substances, their sources, and details of manufacturers of scientific instruments should be given only if the information is important to the evaluation of the experimental data.

Formatting and templates

Papers may be submitted in any standard format, including Word and LaTeX.

Figures should be saved separately from the text. To assist you in preparing your paper, we provide formatting template(s).

Word templates are available for this journal. Please save the template to your hard drive, ready for use.

A LaTeX template is available for this journal. Please save the template to your hard drive, ready for use.

If you are not able to use the templates via the links (or if you have any other template queries) please contact us [here](#).

References

Please use this reference guide when preparing your paper. An EndNote output style is also available to assist you.

Checklist: what to include

Author details. Please ensure everyone meeting the International Committee of Medical Journal Editors (ICJME) requirements for authorship is included as an author of your paper. All authors of a manuscript should include their full name and affiliation on the cover page of the manuscript. Where available, please also include ORCiDs and social media handles (Facebook, Twitter or LinkedIn). One author will need to be identified as the corresponding author, with their email address normally displayed in the article PDF (depending on the journal) and the online article. Authors' affiliations are the affiliations where the research was conducted. If any of the named co-authors moves affiliation during the peer-review process, the new affiliation can be given as a footnote. Please note that no changes to affiliation can be made after your paper is accepted. Read more on authorship.

A structured abstract of no more than 200 words. A structured abstract should cover (in the following order): the purpose of the article, its materials and methods (the design and methodological procedures used), the results and conclusions (including their relevance to the study of disability and rehabilitation). Read tips on writing your abstract.

You can opt to include a video abstract with your article. Find out how these can help your work reach a wider audience, and what to think about when filming.

5-8 keywords. Read making your article more discoverable, including information on choosing a title and search engine optimization.

A feature of this journal is a boxed insert on Implications for Rehabilitation. This should include between two to four main bullet points drawing out the implications for rehabilitation for your paper. This should be uploaded as a separate document.

Below are examples:

Example 1: Leprosy

Leprosy is a disabling disease which not only impacts physically but restricts quality of life often through stigmatisation.

Reconstructive surgery is a technique available to this group.

In a relatively small sample this study shows participation and social functioning improved after surgery.

Example 2: Multiple Sclerosis

Exercise is an effective means of improving health and well-being experienced by people with multiple sclerosis (MS).

People with MS have complex reasons for choosing to exercise or not.

Individual structured programmes are most likely to be successful in encouraging exercise in this cohort.

Acknowledgement. Please supply all details required by your funding and grant-awarding bodies as follows: For single agency grants: This work was supported by the under Grant . For multiple agency grants: This work was supported by the under Grant ; under Grant ; and under Grant .

Declaration of Interest. This is to acknowledge any financial interest or benefit that has arisen from the direct applications of your research. Further guidance on what is a declaration of interest and how to disclose it.

Data availability statement. If there is a data set associated with the paper, please provide information about where the data supporting the results or analyses presented in the paper can be found. Where applicable, this should include the hyperlink, DOI or other persistent identifier associated with the data set(s). Templates are also available to support authors.

Data deposition. If you choose to share or make the data underlying the study open, please deposit your data in a recognized data repository prior to or at the time of

submission. You will be asked to provide the DOI, pre-reserved DOI, or other persistent identifier for the data set.

Supplemental online material. Supplemental material can be a video, dataset, filesset, sound file or anything which supports (and is pertinent to) your paper. We publish supplemental material online via Figshare. Find out more about supplemental material and how to submit it with your article.

Figures. Figures should be high quality (1200 dpi for line art, 600 dpi for grayscale and 300 dpi for colour). Figures should be saved as TIFF, PostScript or EPS files.

Tables. Tables should present new information rather than duplicating what is in the text. Readers should be able to interpret the table without reference to the text. Please supply editable files.

Equations. If you are submitting your manuscript as a Word document, please ensure that equations are editable. More information about mathematical symbols and equations.

Units. Please use SI units (non-italicized).

